

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 323

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE ROUQUÈS

Né le 22 Août 1900, à PARIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Les plaies du rectum par empalement

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC
ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

Président de Thèse : M. le Professeur DELBET

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE ROUQUÈS

Né le 22 Août 1900, à PARIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Les plaies du rectum par empalement

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC
ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

Président de Thèse : M. le Professeur DELBET

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

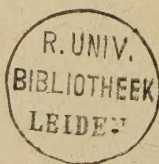
15, RUE RACINE, 15

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N...	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHEL.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphil graphie.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FTESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Externat :

- M. le Docteur SAVARIAUD (1923) ;
- M. le Docteur LUELO (1923) ;
- M. le Professeur agrégé CHABROL (1924) ;
- M. le Docteur DE MASSARY (1925) ;
- M. le Docteur Louis RAMOND (1926).

Internat provisoire :

- M. le Docteur SOULIGOUX (*in memoriam*) (1927).

Internat :

- M. le Professeur agrégé LEVEUF (1928) ;
- M. le Docteur BAUMGARTNER (1929) ;
- M. le Professeur agrégé DESMAREST (1930) ;
- M. le Docteur ROUX-BERGER (1931).

A MES AUTRES MAITRES :

MM. les Professeurs agrégés :

MONDOR ;
HOVELACQUE ;
F. D'ALLAINES.

MM. les Docteurs :

RABUT ;
CAUCHOIX (*in memoriam*) ;
Robert MONOD ;
GOUVERNEUR ;
MÉTIVET.

A MES MAITRES DE CONFERENCE :

MM. les Docteurs :

RICHON ;
GAUME ;
LEPAUMIER ;
LAPORTE ;
DELAFONTAINE.

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

INTRODUCTION

Les plaies du rectum par empalement ont été étudiées de longue date et, déjà, en 1818, Dupuytren s'y intéressait dans sa thèse. Depuis, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet. Deux articles de M. le Professeur Quénu, parus en 1899 et 1900, dans la *Revue de Chirurgie*, constituent, encore aujourd'hui, le plus important travail d'ensemble concernant cette question. D'assez nombreuses communications à la Société de Chirurgie, une thèse de Ladet soutenue en 1910, un article de M. le Professeur Lenormant dans le *Journal d'Urologie* (1914), plusieurs articles ou communications étrangères viennent s'ajouter à cette documentation.

Il semblerait donc que tout ait été dit et que notre travail ne puisse représenter qu'un effort de compilation.

C'est justement cet écueil que nous avons voulu éviter en nous écartant délibérément d'une étude complète pour ne retenir que les points les plus caractéristiques ou les plus discutés de la question.

L'inspiration de ce court travail nous a été fournie par trois cas d'empalement que nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre Internat. Sur ces trois blessés, deux ont été opérés par notre maître le Docteur Gouverneur, que nous remercions ici d'avoir bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience.

Dans ces trois observations une difficulté différente surgit. Problème diagnostique dans l'une, où le tableau réalisé était celui d'hémorragie interne.

Problème pronostique et discussion des indications opératoires précoces dans la seconde où, la menace immédiate paraissant l'infection, se posa la question, résolue par l'affirmative, de l'établissement d'urgence d'une colostomie de dérivation.

Problème thérapeutique et estimation du pronostic éloigné dans la troisième, où il s'agissait, avant tout, de guérir un blessé, déjà ancien, d'une pénible incontinence sphinctérienne.

Ces trois observations centrées chacune sur un point particulier nous ont dicté le plan de cette étude que nous diviserons en trois chapitres intitulés :

- le problème diagnostique ;
 - le problème pronostique ;
 - le problème thérapeutique.
-

CHAPITRE PREMIER

LE PROBLÈME DIAGNOSTIQUE

I. — LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC.

Il est souvent malaisé de porter le diagnostic de plaie du rectum. Ce fait tient parfois aux circonstances spéciales qui ont donné lieu à l'accident et qui incitent le blessé à garder le silence ou à déformer la réalité.

Mais ces cas, à la lisière de la médecine légale, sont extrêmement rares dans les observations citées. On en verra toutefois signalé un dans la première de nos observations. Le blessé trouvé sans connaissance se refusa, quand il revint à lui, à toute explication.

Dans d'autres cas, la difficulté tient au fait que le blessé, ayant également perdu connaissance, ne se souvient pas exactement de la nature du traumatisme.

C'est ainsi que nous avons lu une observation dans laquelle un enfant tombé d'un arbre s'était empalé sur une branche. Celle-ci ayant cédé on retrouva son

extrémité dans le rectum, mais le blessé ne s'était pas clairement rendu compte de ce qui lui était arrivé, et le fragment de branchage ne dépassait aucunement par l'orifice anal.

★
★★

Mais nous insisterons surtout sur trois ordres de symptômes qui par leur variabilité peuvent égarer le diagnostic ou tout au moins pousser à une interprétation erronée de la nature et du degré des lésions. Ce sont : *les douleurs et le shock, les hémorragies, les lésions anales externes et périnéales.*

A) *Les douleurs et le shock.*

L'analyse des observations concernant les plaies du rectum montrent le peu d'intérêt que présente l'intensité de la douleur.

Dans certains cas bénins où la muqueuse est simplement éraillée, la douleur peut être extrêmement vive, déchirante ou brûlante.

Dans d'autres cas, au contraire, on a pu voir des blessés atteints de lésions graves avec déchirure péritonéale, souffrir relativement peu et se montrer capables d'effectuer à pied de longs trajets.

De même, l'intensité du shock ne signifie rien quant au degré des lésions. Surtout, *la faible intensité de ce shock ne permet pas de préjuger de la bénignité de l'accident.* M. le Professeur Quénu cite une observation où un garçon de 18 ans, qui s'était empalé sur un marteau de forgeron, présentait un état en appa-

rence si peu grave qu'il put, sans difficulté, aller lui-même à l'hôpital, ce qui ne l'empêcha pas de mourir quelques heures après. D'autres blessés, au contraire, s'évanouissent ou tombent rapidement dans le collapsus.

b) *Les hémorragies.*

Les hémorragies sont d'intensité très variables et sans aucune signification diagnostique. Ladet, dans sa thèse, insiste sur la richesse vasculaire du périnée. Ce fait anatomique n'offre qu'un faible intérêt. Dans certains cas, en effet, le pal a embroché, chez l'homme, le périnée antérieur très vascularisé du fait de la présence du bulbe et des corps caverneux. Une hémorragie abondante en est résultée. D'autres fois les dégâts sont, au moins, aussi graves, mais l'objet sur lequel le blessé est tombé s'est frayé un trajet postéro-antérieur ou, mieux encore, un *trajet direct par l'orifice anal*, et l'hémorragie externe est insignifiante. Par contre, les perforations du rectum péritonéal sont souvent très hémorragiques, par déchirure d'une hémorroïdale par exemple. Notre observation n° I le prouve péremptoirement. Mais il s'agissait alors d'une abondante hémorragie interne qui, loin d'éclairer le diagnostic, contribua à l'embrouiller.

c) *Les lésions anales externes et périnéales.*

C'est à leur sujet surtout que l'on risque, si l'on se laisse aller à un examen trop sommaire, de porter,

à tort, en présence de gros dégâts apparents un pronostic sérieux.

On peut également commettre l'erreur inverse en *méconnaissant de graves lésions internes coïncidant avec un anus et un périné indemnes ou peu lésés.*

Deux de nos observations sont à ce sujet très démonstratives. Dans l'une il n'existait aucune trace de traumatisme ano-périnéal et, pourtant, le corps du délit, dont je ne sache pas que l'enquête judiciaire ait jamais découvert la nature, avait perforé la paroi postérieure du haut rectum. Dans l'autre, qui se termina par un anus iliaque, le médecin consulté avait d'abord pensé suturer la plaie au lit même du blessé. Mais, au moment où il allait suturer, il se rendit compte du degré des lésions et envoya son client à l'hôpital. Quand notre collègue de garde l'admit à la Charité, il pensa lui aussi qu'il s'agissait de lésions superficielles. Ce n'est que le lendemain matin, quand j'examinais le blessé sur une table d'opération, au moyen de valves et sous anesthésie générale, que je pus réellement me rendre compte de la profondeur et de l'étendue de la déchirure.

Une observation de M. Baudet est également instructive à ce point de vue. Il s'agissait d'un garçon qui présentait une plaie périnéale consécutive à une chute sur une barre de fer pénétrée par l'anus et ressortie par le périné. Le médecin qui examina le premier ce blessé ne vit que la plaie périnéale qu'il sutura par deux crins. Le lendemain, le blessé, transporté à Lariboisière, fut examiné par M. Baudet.

Celui-ci, ayant observé l'écoulement d'un peu de sang par l'anus, pratiqua une dilatation anale sous anesthésie générale et découvrit la brèche rectale.

On peut rapprocher de ces cas une observation de M. Lauriol où, le blessé tombé dans un puits, sur un manche de pioche, ne présentait aucune lésion externe et aucune hémorragie. Il accusait seulement une vive douleur à droite de l'ombilic et un certain degré de ballonnement.

A l'intervention, pratiquée d'urgence, on trouva une déchirure péritonéale de la face antérieure du rectum.

II. — COMMENT EXAMINER CES BLESSÉS.

En présence d'un blessé ayant été victime d'un traumatisme ano-périnéal revêtant le type d'empalement diverses questions se posent :

Quels sont le degré et la gravité de la lésion ano-rectale ?

Y a-t-il atteinte péritonéale ?

La vessie est-elle intéressée ?

En fait, on peut considérer que, dans l'examen de ces malades, il existe des éléments de diagnostic aisément mis en évidence et d'autres plus difficiles à interpréter.

1) *Eléments de diagnostic faciles à interpréter.*

Les symptômes vésicaux.

Dans certains cas les symptômes de lésion vési-

cale sont évidents. On voit, comme dans une observation de Régoli, s'écouler par l'anus de l'urine sanglante. Ou bien encore le blessé accuse des mictions sanglantes. On a signalé également le passage de gaz et de matières par l'urètre.

Ces symptômes ne méritent pas qu'on y insiste, car lorsqu'ils existent, il est évident que le diagnostic de lésion vésicale ne saurait alors errer. Par contre, certaines lésions discrètes de la vessie peuvent passer inaperçues et, le plus simple, est de *sonder systématiquement* ces blessés afin de s'assurer si les urines sont ou non sanglantes.

2) *Eléments de diagnostic difficiles à interpréter.*

A) *L'atteinte péritonéale.*

En présence d'une plaie par empalement l'essentiel de la question est de *savoir si le péritoine est intact ou non.*

Ni les commémoratifs, ni l'état général du blessé, ne peuvent suffire à établir le diagnostic de la pénétration péritonéale. Ce diagnostic est souvent si délicat que M. Quénu déclare avoir, dans un cas, hésité pendant quatre heures. Car, bien entendu, il ne s'agit pas d'attendre les signes de péritonite, la fièvre, les vomissements, la contracture, car bien souvent l'on n'a pas ici, comme dans les perforations plus hautes du tube digestif, l'appoint diagnostique précieux d'une contracture précoce, d'alarme.

En pratique, il est préférable de pécher par excès,

et mieux vaut ne pas hésiter à pratiquer une *laparotomie exploratrice à la moindre suspicion d'atteinte péritonéale*.

B) *La propagation ou l'irradiation de la déchirure.*

Cette irradiation dans le tissu cellulaire péri-anorectal (fausses ischio-anales, espace pelvi-rectal supérieur) est souvent très difficile à préciser. Cette constatation revêt pourtant une importance considérable car la menace la plus grave, après la péritonite, est l'infection diffuse de ces espaces cellulaires. Il faudra s'abstenir de manœuvres exploratrices aveugles avec une pince, une sonde, ou même avec le doigt.

En fait *le véritable degré de ces lésions ne devra être apprécié, autant que possible, que par la vue.*

c) *Les lésions sphinctériennes.*

Il est très important de se rendre compte de l'état du sphincter. On n'en est plus à l'époque où, avec Dupuytren, on en conseillait la section systématique, en vue d'assurer un meilleur drainage de la région.

Le toucher rectal, pratiqué en ordonnant au blessé de se contracter, peut donner des renseignements dans les cas où le sphincter, resté indemne, se contracte bien. Mais, dans l'hypothèse inverse, c'est-à-dire quand la contraction n'est pas perceptible, on peut hésiter. Ce fait ne suffit pas, en effet, à affirmer la déchirure. On a cité des cas de simple atonie sphinctérienne transitoire. Par conséquent, pour

l'examen soigneux du sphincter, *il faut aussi pratiquer l'examen direct des parois rectales.*

d) *Lésions exceptionnellement associées.*

Certaines lésions exceptionnelles sont parfois littéralement insoupçonnables. C'est ainsi que nous avons vu signalée une perforation du diaphragme et que notre observation n° 1 rapporte un cas d'arrachement du pôle inférieur du rein. Ce sont des complications de l'empalement qui passeront, à coup sûr, inaperçus si l'on n'y pense pas.

3) *Règles générales d'examen.*

Ce bref exposé des difficultés que l'on peut rencontrer au cours de l'examen des plaies du rectum a pour but principal de montrer à quelles règles générales d'examen il faut recourir pour ce type de blessés :

1° *Pratiquer un cathétérisme évacuateur de la vessie.*

2° *Faire une anesthésie générale ou rachidienne en se tenant prêt à la prolonger si l'on juge que les lésions nécessitent une laparotomie. Cette anesthésie ne nous paraît pas pouvoir, comme dans un cas de Sieur, être utilement remplacée par l'anesthésie locale à la novocaïne.*

3° *Pratiquer un examen direct des parois de l'anüs et du rectum, soit avec un rectoscope soit, plus simplement, au moyen d'un spéculum ou de valves.*

★
★ ★

En résumé, les difficultés auxquelles se heurte le diagnostic des plaies du rectum par empalement sont de deux ordres :

1° Ces plaies peuvent être *méconnues* ;

2° Il peut être très difficile d'*apprécier le degré* des lésions et cette difficulté commande un examen local précoce, soigneux, pratiqué *sous le contrôle de la vue*; le simple toucher rectal ne suffisant pas.

CHAPITRE II

LE PROBLÈME PRONOSTIQUE

Ce problème nous a paru dominé par deux notions principales :

Notion de temps.

Notion de degré des lésions.

1. — NOTION DE TEMPS.

Toutes les fois que les blessés ont été vus précocément et précocément opérés, la proportion des guérisons s'est trouvée considérablement augmentée. Ceci est évident, surtout pour les plaies avec pénétration péritonéale. Dans un cas de Retzloff, une laparotomie pratiquée quatre heures et demie après l'accident fit découvrir une péritonite déjà diffuse.

Dans la statistique de M. le Professeur Quénu, sur six cas opérés par laparotomie, 4 guérisons; les deux morts sont consécutives à des cas opérés à la seizième et à la vingt-quatrième heure. Comme exemple de guérison facile par intervention précoce, citons une

observation de M. Lauriol. Il existait une déchirure de la face antérieure du rectum longue de 3 cm. qui fut suturée immédiatement, l'abdomen fut refermé sans drainage, la guérison survint sans incidents.

2. — NOTION DE DEGRÉ DES LÉSIONS.

Le degré des lésions dépend, dans une certaine mesure, de la nature du corps traumatisant.

Il faut, avec Pozzo, distinguer les blessures par empalement dues à un objet *contondant*, des blessures causées par un instrument *tranchant*.

Dans les observations publiées il s'agit souvent d'accidents du travail agricole et les empalements sur dents de râteau, de fourche ou socs de charrues se sont montrés moins graves que les empalements sur une branche d'arbre ou le manche de quelque outil. Quoi qu'il en soit, nous distinguerons des cas extrêmes où le pronostic est relativement facile à porter et des cas moyens dont l'évolution est parfois embarrassante à prévoir.

A) CAS EXTRÊMES, OÙ LE PRONOSTIC EST AISÉ.

1° *Atteinte péritonéale.*

Le péritoine est souvent intéressé, dans 36 % des cas, d'après M. Louis Courty (de Lille). Le pronostic des lésions péritonéales est celui de toute perforation

intestinale; aggravé en raison du niveau très inférieur de cette perforation sur le tractus digestif et par conséquent l'extrême septicité de l'intestin à ce niveau. Si l'on n'intervient pas, ou si l'on intervient trop tard, à la phase de péritonite constituée, la mort est à peu près certaine. M. Quénu évalue à 82 % les chances de mort en cas de non intervention. Par contre, si l'on intervient à temps, par laparotomie, la mortalité tombe à 33,3 %.

A la gravité autonome des lésions péritonéales il faut ajouter la possibilité d'une complication que nous avons relevée deux fois dans les observations dépouillées; c'est la hernie d'une anse grêle au travers de la brèche rectale. Dans un cas de Fédinec le blessé présentait une anse intestinale qui faisait saillie par l'anus. Notons enfin la possibilité d'une hémorragie interne grave, par déchirure d'une branche hémorroïdale.

2° *Lésions muqueuses banales.*

Elles sont au contraire dépourvues de toute gravité. La muqueuse intestinale possède la faculté de se réparer spontanément malgré la septicité du milieu. Ce n'est que dans les cas où la muqueuse se trouve arrachée en un lambeau plus ou moins largement pédiculisé que l'on devra craindre le sphacèle du lambeau mal vascularisé. En outre, ces lésions peuvent être à l'origine d'un rétrécissement cicatriciel.

B) CAS MOYENS OÙ LE PRONOSTIC EST DISCUTABLE.

Nous distinguerons à ces cas, quatre degrés, correspondant à quatre variétés de pronostic.

1° *Atteinte du rectum seul.* — Il existe des cas où l'objet traumatisant a déchiré en totalité les tuniques du rectum sous-péritonéal sans toutefois intéresser le sphincter et sans pénétrer plus profondément dans le tissu péri-rectal. Ces cas sont de bon pronostic et, si l'on parcourt les observations d'empalement rassemblées par Van Hoock, on voit que, dans ces cas, la guérison obtenue simplement et à peu de frais a été la règle.

Trois observations de Rédi viennent à l'appui de cette opinion. Dans ces trois observations il y avait simple déchirure franche de la paroi rectale et la guérison survint aisément.

2° *Atteinte du rectum avec rupture ou dilacération du sphincter.* — Cette forme est d'un pronostic immédiat relativement bénin, car les lésions sphinctériennes sont presque une garantie contre l'infection, puisqu'elles évitent la rétention sus-sphinctérienne et l'infiltration des matières dans les espaces cellulux péri-rectaux.

Par contre, le pronostic éloigné est fâcheux, car ces blessés demeurent de véritables infirmes avec incontinence sphinctérienne.

Une de nos observations montre le cas d'un malade, encore aujourd'hui hospitalisé à Tenon, et qui a dû être réopéré deux fois par notre Maître le Doc-

teur Gouverneur pour incontinence sphinctérienne grave consécutive à un empalement subi en 1927.

On peut rapprocher de ce fait une observation de Couteaud où le blessé est obligé de courir à la selle au moindre besoin, car il ne retient pas les matières liquides et, à peine, les matières solides.

3° *Atteinte du rectum associée à d'importants dégâts péri-ano-rectaux.* — Dans certains cas les lésions rectales, associées ou non à la rupture du sphincter, sont irradiées latéralement aux fosses ischio-anales ou bien en avant, déchirant le muscle transverse du périnée, atteignant même parfois le bulbe chez l'homme.

Quand cette irradiation se fait surtout en surface, vers le périnée, elle ne présente pas une extrême gravité. Il n'en est pas de même quand elle se fait en hauteur et en largeur et qu'il existe une dilacération importante des espaces cellulux péri-anaux et péri-rectaux. Il faut craindre, dans ces cas, la cellulite diffuse ou la gangrène. Chez un de nos blessés (observation II), l'œdème des tissus rectaux et du périnée était tellement accentué que nous jugeâmes prudent de drainer les fosses ischio-anales par deux incisions latéro-rectales dans lesquelles on engagea deux gros drains.

La plupart des cas mortels, rapportés par les auteurs, concernent des lésions de ce type qui se sont compliquées d'infiltration gangreneuse diffuse du tissu cellulaire péri-rectal.

Dans les cas où ces blessés échappent à l'infection

précoce ils sont souvent à la merci de phénomènes inflammatoires subaigus qui persistent longtemps et peuvent revêtir les caractères les plus divers.

Le blessé de notre observation n° III, dont l'accident survint en 1927 et qui présentait une plaie par empalement du rectum sous-péritonéal, avec section du sphincter, souffre actuellement de phénomènes de cet ordre. Sa fonction sphinctérienne est relativement bien revenue, depuis les interventions de M. Gouverneur, mais il accuse des phénomènes névralgiques qu'il localise dans la région sacro-coccygienne (doute névrite du nerf hémorroïdal). Il se plaint également de cystalgie, et présente à la palpation du périnée une zone légèrement indurée et douloureuse.

Ajoutons que, chez ce blessé, les fonctions génitales, antérieurement normales, sont totalement abolies depuis l'accident.

Cet ensemble de troubles entraîne d'ailleurs chez lui un état psychique qui semble devoir tôt ou tard faire de lui un hypochondriaque.

On voit donc que les plaies par empalement du rectum avec importants dégâts des tissus voisins offrent, en plus de leur gravité immédiate, des risques éloignés qui font des blessés de véritables infirmes.

Nous n'avons pas insisté sur les dangers de rétrécissement, car cette complication que l'on pourrait, *a priori*, supposer fréquente, est rarement signalée dans les observations de plaies par empalement.

4° *Lésions recto-urinaires.* — L'association de lé-

sions vésicales ou uréthrales au cours des plaies du rectum par empalement est fréquente et cela s'explique, comme l'a montré M. le Professeur Quénu, du fait de la grande fréquence des lésions de la paroi antérieure du rectum.

M. Louis Courty (de Lille) a relevé 66 fois des lésions vésicales sur 74 cas d'empalement.

Il nous a paru assez difficile de se faire une opinion précise sur le pronostic des lésions recto-urinaires. Il faut distinguer les cas de lésions recto-vésicales, péritonéales et les cas où ces lésions sont sous-péritonéales.

Le pronostic des lésions recto-vésicales avec atteinte péritonéale est très grave. Sur une statistique de 49 cas de plaies recto-vésicales il y a eu 13 morts et ces 13 morts appartenaient à des formes intra-péritonéales (Ladet).

Le pronostic des plaies recto-urinaires sous-péritonéales mérite d'être divisé.

Le pronostic immédiat dépend essentiellement du degré des délabrements concomitants du tissu cellulaire péri-recto-vésical. Ce sont, en effet, ces délabrements qui expliquent la plus ou moins rapide propagation de l'infection.

MM. Mocquot et Fey citent les observations de 4 blessés de ce type, sur lesquels 3 sont morts. Il ne s'agissait pas, il est vrai, de plaies par empalement, mais de plaies de guerre. Ce fait étiologique est sans importance car on sait combien ces plaies offrent de caractères communs.

Les unes et les autres sont ordinairement très contuses et favorisent également l'infection. Soit infection urinaire ascendante, vésicale, puis pyélique, soit infection diffuse péri-vésico-rectale du type infiltration d'urine ou cellulite pelvienne. La mort tarde souvent à se produire. C'est ainsi que dans un cas de M. le Professeur Lenormant elle survint plus d'un mois après l'accident.

Le pronostic tardif dépend de la persistance ou de la non persistance d'une fistule recto-vésicale. Quand celle-ci existe et qu'elle n'a pas été facteur d'une infection précoce le pronostic en est ordinairement bénin. C'est ainsi que M. le Professeur Legueu a pu déclarer : « Sur 60 cas de plaies de la vessie que j'ai vus il y en avait au moins 20 qui avaient été, ou étaient encore, en communication avec l'intestin. Or, toutes les fistules, sauf une seule, se sont fermées spontanément. »

CHAPITRE III

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

INDICATIONS GÉNÉRALES

Nous ne nous attarderons pas à détailler les indications générales.

Si le péritoine n'est pas intéressé et si l'on ne pratique pas l'anus iliaque il faut constiper ces blessés en leur donnant de l'opium pendant cinq ou six jours, puis évacuer l'intestin par une purgation et recommencer une nouvelle période de constipation jusqu'à cicatrisation des lésions.

Le traitement du shock, l'application de glace en cas de lésion péritonéale, ne sont que des adjuvants.

Il peut être, par contre, très utile de lutter contre l'infection par la *vaccinothérapie* et la *sérothérapie*. Dans les cas de suppuration péri-anale, de fusées purulentes périnéales, on usera utilement du Propidon.

Si la plaie revêt un aspect grisâtre, sphacélique,

avec écoulement sanieux et fétide, il est indiqué, sans attendre la réponse d'un examen bactériologique, d'appliquer localement des mèches imbibées de sérum anti-gangreneux et d'en administrer également par voie intra-musculaire.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

La question des indications opératoires déborde nécessairement le cadre restreint des plaies par empalement.

A plusieurs reprises nous avons dû nous reporter à des travaux ou analyser des opinions concernant les plaies du rectum en général et plus spécialement les plaies de guerre; mais, comme l'a exprimé M. le Professeur Lenormant : « Ces plaies par empalement, plaies contuses infectées, ressemblent beaucoup aux plaies par projectiles de guerre. »

Quoi qu'il en soit, et comme nous l'a déjà montré l'étude pronostique, les accidents auxquels il faudra s'attaquer sont de deux ordres :

Les uns, précoces, posent un pronostic vital ; ce sont essentiellement la péritonite et la cellulite diffuse péri-ano-rectale.

Les autres, à plus longue échéance, posent en quelque sorte un pronostic fonctionnel ; c'est avant tout l'incontinence sphinctérienne.

I. — INDICATIONS OPÉRATOIRES PRÉCOCES.

A) *L'ablation du pal.*

Dans de nombreuses observations le pal est demeuré en totalité ou en partie fiché dans le rectum ou dans la vessie. Il faut avant tout mais avec précaution pratiquer l'ablation de l'objet qui a causé la blessure. Il faut penser, non seulement à cet objet, mais encore aux débris vestimentaires qu'il a pu refouler devant lui. C'est ainsi que dans les observations relevées par Ladet dans sa thèse on note plusieurs cas d'élimination tardive dans les urines de calculs qui s'étaient concrétés autour d'un semblable corps étranger demeuré dans la vessie.

Il arrive parfois d'ailleurs que cette extirpation soit extrêmement périlleuse et qu'il faille recourir à un agrandissement de la brèche ano-périnéale, ou même à une résection du coccyx, comme l'a proposé depuis longtemps M. le Professeur Delbet. Cette technique très générale de l'ablation des corps étrangers du rectum a été récemment employée par M. Braine pour l'extirpation d'un verre (*Soc. de Chirurgie*, 1928).

B) *Le traitement des lésions.*

1) *Cas où les indications sont claires et peu discutables.*

A) *Simple lésions muqueuses.*

Si la muqueuse est simplement éraillée ou nettement tranchée sur une certaine longueur, il suffit de

nettoyer la région et de panser à plat avec une mèche imbibée de bouillon-vaccin ou encore une mèche iodoformée.

On peut rapprocher de ces cas ceux où *il y a déchirure franche de la paroi rectale* en totalité sans que l'objet traumatisant ait pénétré ou dilacéré les tissus avoisinants. Encore que ces cas limites puissent, à la moindre menace d'infection, faire discuter une intervention plus radicale.

B) *Plaies recto-péritonéales.*

Il ne peut plus faire de doute aujourd'hui qu'il faille intervenir d'urgence. La notion d'urgence est, en l'espèce, tout aussi importante que s'il s'agissait d'une perforation d'ulcus ou d'une appendicite aiguë. On devra pratiquer une laparotomie et suturer la brèche rectale.

Suture ordinairement assez facile, car la capacité du rectum permet de faire un ou deux surjets séro-séreux de recouvrement sans crainte de rétrécissement.

Dans les cas peu satisfaisants, par exemple dans ceux où les lèvres de la brèche sont très déchiquetées, on peut, comme dans un cas de C. de Nicola (de Buenos-Ayres), où toute suture était impossible, se contenter de cloisonner le Douglas au-dessus de la perte de substances et de drainer l'espace sous-péritonéal, ainsi créé, par la brèche rectale elle-même.

Les difficultés que l'on peut rencontrer quelque-

fois pour suturer ces lésions rectales tiennent avant tout à la profondeur ou à l'étroitesse du bassin et à l'adiposité de certains sujets. Aussi est-il important d'obtenir un parfait silence abdominal, condition qui paraît devoir être réalisée au maximum par la *rachi-anesthésie*.

Le problème du drainage se pose ici de façon plus urgente que pour toute la chirurgie intestinale. Toutes les observations, nous l'avons vu, insistent sur la rapidité de la diffusion des lésions péritonéales.

Dans la majorité des cas il sera prudent de drainer. Si l'opération a été très précoce, la brèche recto-péritonéale bien oblitérée une simple mèche pourra suffire.

Si, au contraire, l'opération a été retardée, si déjà au moment où l'on est intervenu il existait des signes de péritonite se traduisant par une rougeur diffuse des anses ou même par la présence de pus, de fausses membranes ou de liquide bouillon sale dans l'abdomen, il faudra pratiquer un large drainage. Le Mikulicz, dont nous avons relevé l'emploi dans plusieurs observations, est réellement tout à fait indiqué. Dans tous les cas on changera systématiquement de gants et d'instruments pour refermer la paroi, et il sera prudent d'éviter les fils non résorbables.

Mieux vaut faire tous les plans au cat-gut et ne réunir la peau que par des points espacés. Si on redoute une éventration on aura intérêt à faire la paroi en un plan au fil de bronze ou au fil d'argent.

Il n'y a pas encore très longtemps que l'on discu-

taît à la Société de Chirurgie pour savoir s'il fallait laver la cavité péritonéale ou s'en abstenir. Cette discussion a perdu beaucoup de son intérêt; on sait que la continuation ou au contraire la rétrocession du processus de péritonite dépend avant tout de *l'heure de l'intervention* et de la *suppression radicale du facteur infectant*. Ce facteur étant ici la brèche rectale l'essentiel est de l'avoir découverte et aveuglée.

Quant au *problème de la dérivation des matières* par anus iliaque il peut se poser, comme nous le verrons plus loin, du fait des dégâts du rectum sous-péritonéal, de l'anus du sphincter ou de la vessie. Par contre, l'atteinte péritonéale, *en soi*, ne justifie nullement la colostomie, sauf dans les cas où des délabrements irréparables auraient été constatés.

2) *Cas où les indications se discutent.*

Sans préjuger de l'absence ou de la coexistence d'une atteinte péritonéale, nous réunissons sous cette rubrique tous les cas où il existe des lésions importantes du rectum sous-péritonéal, de l'anus, du sphincter, du périnée; des espaces cellulux péri-anorectaux. Nous en rapprocherons les plaies recto-vésicales.

Nous avons étudié précédemment la thérapeutique des cas moins graves où les lésions rectales sont au minimum. *Il s'agit donc toujours, dans les cas que nous allons envisager maintenant, de lésions contuses, d'emblée compliquées par la menace d'infection.*

C'est contre cette menace que seront dirigés tous les efforts du traitement précoce qui devra s'efforcer, pourtant, de ne pas aggraver par des débridements inconsidérés les lésions produites par le traumatisme.

Nous envisagerons successivement trois paragraphes :

- 1° le débridement et la toilette de la plaie ;
- 2° la colostomie de dérivation ;
- 3° le traitement particulier des plaies recto-vésicales.

1°) *Le débridement et la toilette de la plaie.*

A) *Etendue à donner à ces débridements.*

L'attitude la plus sûre consisterait à débrider largement toutes les plaies rectales. Comme l'a dit M. le Professeur Quénu, « l'étalement du rectum » est la meilleure assurance contre les cellulites pelviennes et les diffusions gangréneuses péri-ano-rectales. Cette notion est tellement évidente que déjà Dupuytren, puis plus tard Bégin, conseillaient la *section préventive du sphincter*.

En agissant de la sorte on est en d'excellentes conditions pour assurer l'hémostase, l'épeluchage, le drainage ou le mèchesage des plaies, mais on sacrifie l'avenir, car le blessé qui a échappé ainsi à l'infection court le risque de demeurer infirme du fait d'une incontinence sphinctérienne.

Aussi nous semble-t-il qu'il faille *condamner la section préventive du sphincter* ou tout au moins de

ne la réserver qu'à des cas d'infection désespérés. En pratique il faut envisager deux cas :

— *Si le sphincter est rompu :*

Profiter de la vue étendue que l'on possède ainsi pour mettre à plat les lésions recto-anales et débrider tous les trajets.

— *Si le sphincter est respecté :*

De ne pas le sectionner. Dilater. Débrider et nettoyer le mieux qu'on pourra en faisant une soigneuse hémostase.

b) *Faut-il suturer ?*

Il ne saurait bien entendu être question pour personne d'une suture complète des lésions, mais on pourrait se laisser aller à en pratiquer la suture partielle.

Cette attitude même nous paraît devoir être catégoriquement rejetée. L'analyse des observations de MM. Mocquot et Fey le prouve péremptoirement.

On devra donc *s'abstenir de toute suture* ; elle serait presque toujours illusoire et souvent très dangereuse.

c) *Le drainage.*

Dans les cas où du fait de la section traumatique du sphincter le drainage peut être largement assuré par voie endo-anale on se contentera de cette méthode.

Dans les cas où le sphincter est, au contraire, respecté ou dans ceux pour lesquels l'infection est déjà

avancée, il faudra compenser la difficulté ou l'insuffisance d'un drainage direct par un *drainage latéro ou rétro-ano-rectal*. Dans notre observation n° II nous n'avons pas eu à nous repentir d'avoir pratiqué un double drainage latéro-anal. Dans deux observations de notre Maître, le Docteur Leveuf, un drainage par décollement rétro-rectal fut pratiqué et donna de bons résultats.

2° *La colostomie de dérivation.*

A) *Analyses.*

α *Les partisans.*

MM. Mocquet et Fey, dans leur important rapport à la Société de Chirurgie, en février 1918, concernant les plaies du rectum par projectiles, préconisent l'institution précoce et *systématique* de l'anus iliaque toutes les fois qu'existent des délabrements importants du canal anal du rectum et des parties molles avoisinantes.

Cette tactique nous paraît tout aussi justifiée dans les plaies par empalement si peu différentes, répétons-le, des plaies de guerre.

M. Cadenat, à deux reprises, en 1915, à propos de trois observations lui appartenant et en 1928, comme rapporteur d'une observation de M. Braine, s'est montré également très catégorique en conseillant *l'établissement systématique de l'anus iliaque*.

Notre Maître, le Docteur Gouverneur, est d'un avis identique et c'est la ligne de conduite que nous-

même avons suivie chez notre blessé de l'observation II.

Notre Maître Leveuf, dans les deux cas de plaies graves du rectum qu'il a publiés en 1917 à la Société Médicale de l'Armée d'Orient, a pratiqué la colostomie.

6 *Les adversaires.*

Certains auteurs, comme M. le Professeur Quénu, sont en principe opposés à la colostomie. Ils la considèrent comme inutile et la réservent aux cas où il y a destruction massive de l'anus, car ils redoutent pour plus tard un rétrécissement. Dans tous les autres cas M. Quénu énonce comme règle, essentielle mais suffisante, le débridement du trajet. De cette opinion nous rapprocherons celle de M. Morestin qui s'exprimait ainsi : « En définitive, je ne vois pas encore très clairement les indications de la colostomie immédiate dans le traitement des blessures du rectum. J'inclinerais plus volontiers à admettre qu'il faut aller directement au foyer traumatique, l'ouvrir et le drainer le plus largement possible. »

γ *Les éclectiques.*

M. le Professeur Hartmann, rapportant en 1915 les trois observations de M. Cadenat, hésite à accepter la colostomie systématique. Cependant, ayant eu à opérer au début de la guerre « 4 cas de plaies du rectum par projectile », il n'a, dans aucun cas, fait de la colostomie, et deux de ces blessés ont succombé. M. Hart-

mann restait « un peu hésitant et se demandait si une colostomie n'aurait pas rendu service à ces deux blessés ».

M. le Professeur Lenormant pense que « l'anus iliaque ne trouverait d'indications que dans les délabrements très étendus, dans les traumatismes très graves; mais il peut alors rendre de très grands services ».

Le même auteur, dans un article du *Journal d'Urologie* (1914), rapportait l'observation d'un blessé atteint de plaie par empalement de la vessie et du rectum, qui mourut de cellulite pelvienne plus d'un mois après l'accident, et il se demandait si dans ce cas la colostomie n'aurait pas mis le blessé à l'abri de l'infection.

B) *Conclusions concernant la colostomie.*

L'étude comparée des observations où il y a eu colostomie et de celle où l'on s'est abstenu conduit à deux ordres de constatations :

— Jamais chirurgien ayant pratiqué une colostomie n'a eu à se repentir de cette attitude.

— Dans quelques cas qui se sont terminés par la mort le chirurgien a regretté de ne pas avoir dérivé les matières.

Ces conclusions nous sont apparues comme nettement favorables à la *pratique systématique de la colostomie avec éperon, chez tout blessé atteint de plaie du rectum par empalement avec large ouverture ou dilacération des tissus péri-ano-rectaux.*

On nous objectera peut-être que c'est faire courir au blessé un risque éloigné puisqu'il faudra le réopérer pour fermer un jour l'anus iliaque. Cet argument ne nous paraît pas devoir être retenu, car le pronostic de l'intervention pour fermeture des anus contre nature est extrêmement bénin. C'est du moins ce qui ressort nettement de toute une série de communications récentes à la Société de Chirurgie et, ceci, quelle que soit la méthode employée, extra-péritonéale ou intra-péritonéale. Ayant eu dernièrement l'occasion d'analyser cette question, nous avons pu relever, rien que dans les Bulletins de la Société de Chirurgie, 190 cas de fermeture intra-péritonéale avec un seul décès.

Mais, quand bien même la perspective de l'anus iliaque serait désagréable, quand bien même la preuve serait faite qu'il n'est pas indispensable pour mettre à l'abri de l'infection précoce et grave, il nous semble qu'il est la meilleure assurance de pouvoir réintervenir plus tard, si c'est nécessaire, dans de bonnes conditions, pour combattre un rétrécissement ou une incontinence.

L'étude comparée de nos observations II et III illustre cette manière de voir.

Dans l'une (obs. II) le blessé, colostomisé par nous, a pu être réopéré aisément deux mois après par le Docteur Gouverneur pour suture du sphincter. Les tissus étaient souples et désinfectés. Le résultat éloigné est très satisfaisant.

Dans l'autre (obs. III) le blessé non colostomisé a

dû attendre bien plus longtemps pour être réopéré. Cette première reconstitution du sphincter anal n'a pas donné de résultats durables et le Docteur Gouverneur a dû, à nouveau, intervenir. Actuellement, c'est-à-dire tout près de quatre ans après l'accident, le blessé demeure un véritable infirme comme nous l'avons déjà montré au chapitre pronostic.

3° *Le traitement particulier des plaies recto-vésicales.*

Nous serons beaucoup plus bref sur ce chapitre car les indications sont bien moins discutées.

A) *Plaies recto-vésicales péritonéales.*

La nécessité de la laparotomie ne fait pas de doute, en raison même de l'existence de la brèche recto-péritonéale. La vessie se trouvant ainsi exposée on la suture et, comme pour toute autre suture de plaie vésicale, on laisse une sonde à demeure pendant cinq à six jours. La cystostomie est absolument inutile.

B) *Plaies recto-vésicales sous-péritonéales.*

β *La cystostomie.*

Il ne faut tenter aucune suture directe de la plaie vésico-rectale et suivre les règles générales que nous avons exposées pour les plaies importantes du rectum sous-péritonéal; y compris la pratique de la colostomie de dérivation.

6 *La cystostomie.*

On pourra s'en abstenir dans les cas où la brèche vésicale est très minime et se contenter d'une sonde à demeure.

Dans tous les autres cas il faudra faire une cystostomie. C'est la ligne de conduite qu'ont suivie systématiquement MM. Mocquot et Fey.

MM. Rouvillois et Michel Feron se montrent également de cet avis dans un article de l'Encyclopédie française d'urologie.

M. Tanton a recueilli une cinquantaine d'observations de plaies de guerre où cette tactique a été appliquée.

γ *Remarque.*

Si l'on hésitait à pratiquer concurremment, dans certains cas limites, la cystostomie et la colostomie de dérivation, mieux vaudrait faire isolément la colostomie que la cystostomie seule.

II. — INDICATIONS OPÉRATOIRES TARDIVES.

1) *La reconstitution du sphincter.*

Dans les cas où le traumatisme a rompu le sphincter anal et quand les dangers d'infection immédiate grave sont écartés, il faut guérir le blessé de son incontinence sphinctérienne.

A) *Les meilleures conditions pour intervenir.*

Il faut attendre la cicatrisation complète des lé-

sions ano-rectales et n'intervenir que sur des tissus parfaitement souples et désinfectés. On conçoit l'intérêt que présente pour la bonne réalisation de ces conditions l'institution de la colostomie de dérivation systématique. Dans les cas où aucune vaccinothérapie n'aurait été instituée au début, il serait prudent de préparer ces opérés par trois injections de 4 cc. de Propidon faites à 48 heures d'intervalle.

B) *Les principes de l'intervention.*

Il faut inciser circulairement, en suivant autant que possible la ligne ano-cutanée, et s'efforcer de décoller la muqueuse et de l'abaisser comme pour une opération de Whitehead. Ce temps est souvent difficile. On isole le sphincter, on recherche ses deux extrémités et on les suture, bout à bout, à la soie fine. La muqueuse abaissée est partiellement réséquée et suturée à la peau.

2) *La cure des fistules recto-vésicales.*

Dans la majorité des cas il faut savoir attendre, car ces fistules ont tendance à se fermer spontanément et ce n'est qu'aux cas d'une chronicité éprouvée qu'il faudrait réserver des interventions directes telles que la suture séparée du rectum et de la vessie par périnéotomie transverse et dédoublement recto-vésical.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Nous remercions M. le Docteur Guimbellot, Chirurgien des Hôpitaux, d'avoir bien voulu nous communiquer son compte rendu opératoire.

Le 17 janvier 1927, au cours de l'après-midi, M. M... G..., âgé de 16 ans, fut amené d'urgence à Beaujon parce qu'il aurait été trouvé inanimé dans l'ascenseur d'une maison de commerce du quartier de l'Etoile.

Ayant repris connaissance, il déclarait avoir ressenti brusquement une douleur abdominale très violente suivie immédiatement de l'émission d'une selle sanglante. Il ne pouvait fournir aucun autre renseignement et se plaignait seulement de souffrir du ventre.

Notre collègue, interne de garde, avec qui nous voyons le blessé, est frappé par la prédominance des symptômes d'hémorragie interne.

De fait, le visage est très pâle; les extrémités, le nez, la langue refroidis; le pouls est rapide et petit.

Mais il existe, en outre, au niveau de l'abdomen, une contracture de bois et une douleur très vive à la pression, ayant l'une et l'autre leur intensité maxima dans la région hypogastrique. Il n'existe aucune trace de traumatisme ni dans la région abdominale ni ailleurs.

Le diagnostic de perforation d'ulcus, celui de perfor-

ration intestinale au cours d'une typhoïde ambulatoire ne sont pas retenus. Le fait dominant, qui à lui seul pose les indications d'une laparotomie d'urgence, est l'existence du syndrome d'hémorragie interne.

Lorsque, deux heures environ après le début, le D^r Guimbellot, chirurgien de garde, vit le blessé, c'est également sur le diagnostic d'hémorragie interne qu'il décida d'intervenir. Voici son compte rendu opératoire :

« Chloroforme. Laparotomie médiane.

Le péritoine contient une grande quantité de sang. On ne voit d'abord aucune lésion viscérale. Mais on trouve dans le Douglas, libre, une petite masse de matières fécales agglomérées, du volume d'une amande. On voit, alors, sur la face antéro latérale gauche du rectum une plaie à bords irréguliers, nettement traumatique, de 2 cm. environ. On la suture. Plus haut, la face inférieure du méso-colon sigmoïde est déchirée et, par cette plaie, s'écoule du sang, provenant des vaisseaux mésentériques inférieurs lésés. On laisse une mèche et un drain dans le Douglas et on referme la paroi au bronze.

Le malade meurt une demi-heure environ après la fin de l'opération. »

L'autopsie a été pratiquée à l'Institut médico légal par M. le D^r Paul. Celui-ci a constaté l'existence d'une plaie du pôle inférieur du rein gauche qui était passée inaperçue. Il est vraisemblable que l'objet traumatisant, après avoir perforé le méso-colon sigmoïde, a cheminé par voie sous-péritonéale. Malgré un examen attentif, le D^r Paul n'a constaté aucune lésion traumatique au pourtour de l'anus ou en un autre point de la surface cutanée.

OBSERVATION II

Le dimanche 22 mars 1929, M. B..., âgé de 39 ans, domicilié à Nanterre, est en état d'ébriété. Vers 18 h.,

il va à la selle. En se relevant, il titube, glisse, tombe à la renverse. Il éprouve une vive douleur dans la région anale. Il s'est empalé sur une poignée de faïence de forme ovale d'un diamètre maximum d'environ 6 cm. placée immédiatement en arrière de la lunette.

Aussitôt après sa chute, le blessé essaie de se relever. Il ne peut pas, il est positivement cloué. Chaque fois qu'il tente de se libérer, il est retenu par le bouton de faïence et il n'ose forcer.

Après une heure environ, sa femme le découvre dans cette position critique.

Sans ménagement, elle le soulève brusquement et le désempale, au prix d'une nouvelle douleur encore plus violente que la première et littéralement déchirante.

C'est à ce deuxième temps que le blessé attribue l'essentiel des dégâts.

Une hémorragie abondante se déclanche qui imprègne plusieurs serviettes.

Un médecin mandé d'urgence examine sommairement la région anale et croit pouvoir suturer immédiatement la plaie d'apparence bénigne.

Mais au moment d'intervenir, il est surpris de constater des lésions beaucoup plus importantes qu'il ne les avait tout d'abord estimées.

On décide d'envoyer le blessé à l'hôpital. Sa femme le nettoie soigneusement à l'eau chaude, l'hémorragie se calme, aucun pansement n'est appliqué.

A 23 heures, en ambulance, il arrive à la Charité où notre collègue de garde croit aussi à des lésions bénignes.

C'est le lendemain matin 23 mars que nous examinons pour la première fois ce blessé dans le service de notre maître le D^r Baumgartner. Les lésions paraissent importantes.

Une plaie radiaire sectionne transversalement le rebord latéral droit de l'orifice anal. Elle empiète fort

peu sur la peau latéro anale. Mais il suffit d'écarter un peu les lèvres de la plaie et d'augmenter la béance de l'anus pour se rendre compte que la déchirure remonte haut sur la muqueuse.

On décide, pour pratiquer le premier pansement, d'endormir le malade.

Ce n'est vraiment que dans ces conditions qu'il fut possible de faire le bilan exact des dégâts.

La plaie est à la fois *très contuse, très profonde et très longue*. Elle occupe le bord droit de l'anus, dilacère profondément les tissus péri-anaux, sectionne le sphincter, remonte sur une longueur d'environ 8 à 10 cm. sur la face latérale droite puis postérieure du canal anal et de l'ampoule rectale.

En outre, la muqueuse rectale est largement décollée et œdématisée. La plaie est souillée de matières.

On pratique un nettoyage au bœck, un épeluchage soigneux. L'hémostase est facilement faite sur les quelques artérioles qui donnent encore.

En raison de l'importance des lésions, de leur aspect déjà infecté, *on décide de laisser tout ouvert*. Des mèches iodoformées sont tassées dans la plaie. En outre, et pour drainer éventuellement les fosses ischio-anales communiquant avec la déchirure, *on pratique deux incisions longitudinales latéro-anales* dans chacune desquelles un drain est mis en place.

Sans laisser réveiller le blessé on le place en décubitus dorsal et on pratique un *anus iliaque gauche à la baguette*. Le lendemain l'anus iliaque est ouvert.

Deux jours après le pansement ano-périnéal est refait sous anesthésie. Nouvelle irrigation à l'eau oxygénée.

La cicatrisation de la plaie ano-rectale et des incisions de drainage périnéales se fit sans incident, en six semaines.

Toutefois le D^r Gouverneur décide d'attendre deux

mois pour réintervenir en vue de reconstituer le sphincter rompu.

Au bout de ce délai l'intervention eut lieu sous rachianesthésie. La technique, délicate en raison du tissu cicatriciel dans lequel on travaille, n'en demeure pas moins très simple. Elle consiste à rechercher les deux extrémités du sphincter après avoir décollé la muqueuse, comme pour une opération de Withead pour hémorroïdes. Le sphincter fut suturé à la soie fine. Suites opératoires sans incident. L'anus iliaque fut fermé également sans incident quinze jours après.

Le cours des matières se rétablit normalement, et par le toucher rectal on pouvait, le 19 juillet 1929, se rendre compte que le blessé contractait son sphincter. Il parvenait d'ailleurs très bien à retenir ses matières, sauf les plus liquides.

Nous avons écrit depuis à ce blessé et nous avons de lui une réponse datée du 23 mai 1931 dans laquelle il déclare :

« Je me porte très bien; je me ressens principalement de la rachi, qui, par moment, me produit des démangeaisons agaçantes dans le bas du dos. Parfois, quand je fais des efforts dans mon travail, les matières ont tendance à partir, mais je sens très bien, aussitôt que j'ai envie d'aller à la selle. »

OBSERVATION III

Le 7 septembre 1927, M. B... D..., âgé de 51 ans, gérant d'hôtel, était monté sur une gouttière pour effectuer un nettoyage. La gouttière vint à se desceller; M. B... ne put se retenir et s'empala sur l'un des barreaux d'une grille située au-dessous de lui.

Il parvint à se désempaler sans aide, mais, perdant son sang en abondance, il ne tarda pas à s'évanouir.

Il était, raconte-t-il, « à bout de sang » quand on le transporta à l'hôpital de Montmorency.

Les lésions à cette époque auraient été les suivantes : le barreau avait perforé le périnée à droite de l'anus et était pénétré d'environ 10 cm., déchirant de dehors en dedans, la paroi latérale droite du conduit ano-rectal.

Le blessé demeura huit jours à l'hôpital de Montmorency où on se contenta de panser à plat la plaie périnéale.

Puis le blessé entra à l'hôpital de Saint-Denis où il séjourna deux mois sans subir aucune opération et recevant pour tout traitement des pansements à la pommade collargolée.

A aucun moment le blessé ne présenta de phénomènes infectieux graves. A sa sortie de l'hôpital de Saint-Denis la plaie était cicatrisée, mais le blessé perdait ses matières de façon permanente. Cette infirmité était d'autant plus manifeste que depuis des années M. B... est affligé d'une entérite chronique et que ses matières sont presque toujours liquides.

Un médecin lui conseilla d'aller consulter le docteur Gouverneur. C'est dans ces circonstances que le blessé entra en janvier 1928 dans le service de notre maître le docteur Baumgartner.

Il présentait alors, à droite de l'anus, empiétant sur le périnée et se prolongeant dans le canal anal, une cicatrice encore inflammatoire, rouge, douloureuse et manquant de souplesse. Le toucher rectal mettait nettement en évidence la rupture du sphincter dans son cadran latéral droit.

L'état local n'était pas encore assez satisfaisant pour pratiquer la suture sphinctérienne. On pensa bien à pratiquer un anus iliaque pour favoriser la désinfection ano-rectale, mais l'entérite chronique fit renoncer à cette intervention.

On se contenta de soins locaux et d'une attente de trois mois pour préparer la région.

En avril 1928, M. Gouverneur pratiqua la suture du sphincter et le blessé sortit deux mois après de la Charité, retenant un peu ses matières, alors qu'il ne les retenait pas du tout auparavant.

M. B... séjourna alors 4 mois à Saint-Maurice, où il fit fonction de cuisinier à la salle de garde des internes. Il fut soumis à un traitement diathermique qui l'améliora beaucoup. Il ne ressentait plus aucune douleur et retenait bien ses matières. Mais, un jour, en se baissant et en faisant un effort pour soulever une lourde bassine, il ressentit dans l'anus une sensation de déchirement, et dès ce moment recommença à perdre.

En mars 1930, le D^r Gouverneur réintervint et pour la seconde fois sutura le sphincter.

Dans les mois qui suivirent les fonctions sphinctériennes devinrent un peu meilleures, sans toutefois être aussi satisfaisantes qu'après la première opération.

Il y a trois mois le blessé entra à Cochin dans le service du D^r Mathieu où, sous anesthésie générale, on aurait pratiqué au bistouri électrique l'ablation de bourgeons condylomateux.

Actuellement, le blessé, ayant changé de quartier, est venu échouer à Tenon dans le service de notre maître le D^r Roux-Berger. Les symptômes qu'il accuse sont les suivants : impossibilité absolue de retenir les matières, sauf dans la position couchée, phénomènes cystalgiques, douleur périnéale irradiant vers la région sacrée latérale gauche. En outre, le blessé se plaint d'une impuissance absolue et permanente depuis l'époque de l'accident.

L'examen montre un orifice anal déformé et comme échancré sur son bord droit. L'orifice est largement perméable, et si, en pratiquant le toucher rectal on ordonne au blessé de se contracter, on perçoit un mouvement

sphinctérien qui paraît bien être circonférenciel, mais d'une force manifestement insuffisante. De plus, la région prérectale correspondant au segment membraneux de l'urèthre est indurée et douloureuse.

Le blessé perd par l'anus, outre ses matières, presque toujours liquides, quelques glaires et un liquide séreux qui témoignent d'un certain degré de rectite chronique.

Les douleurs vésicales, les écoulements liquides par le rectum nous ont fait un moment redouter une fistule recto-vésicale, mais celle-ci ne s'est pas trouvée confirmée par l'épreuve qui a consisté à faire prendre au blessé du bleu de méthylène. Nous avons tenté une cystoscopie, mais le cystoscope n'a pas pu franchir le segment initial de l'urèthre.

Au total, et c'est là ce qui nous paraît le plus caractéristique, dans cette observation le blessé est depuis 4 ans atteint d'une infirmité qui se montre difficilement curable et qui, à notre avis, pose actuellement de manière urgente et malgré le mauvais état intestinal, la question de l'opportunité d'un anus iliaque.

Cette observation illustre *la gravité du pronostic éloigné des plaies du rectum par empalement.*

Elle s'oppose à la précédente et il est permis de supposer que si, dès l'accident, *le débridement correct de la plaie, le drainage satisfaisant de la région et la colostomie de dérivation* avaient été pratiqués, l'évolution des lésions eût été différente et les conditions de traitement plus favorables.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic des plaies du rectum par empalement peut prêter à deux ordres de difficultés :

A) *la nature* même du traumatisme peut être méconnue dans les cas où la pénétration s'est faite directement par le canal anal sans laisser aucune trace externe appréciable.

B) *le degré* des lésions est parfois difficilement appréciable, en particulier s'il existe une lésion péritonéale, car il ne faut pas compter dès le début sur des symptômes particulièrement impressionnants.

II. — Ces notions commandent :

A) *l'examen attentif de la région ano-rectale*, sous le contrôle de la vue, à l'aide de valves ou d'un spéculum. L'anesthésie générale ou la rachi-anesthésie sont indispensables.

B) *la laparotomie exploratrice* à la moindre suspicion d'atteinte péritonéale.

III. — La gravité du pronostic des plaies du rectum par empalement est conditionnée essentiellement par :

A) *L'atteinte péritonéale ;*

B) *Les délabrements graves de l'atmosphère péri-ano-rectale.*

IV. — La conduite à tenir en présence d'une plaie du rectum par empalement est variable suivant les cas :

1° *Lésions du rectum péritonéal :*

Faire une laparotomie, sous rachi-anesthésie de préférence. Suturer la brèche rectale. Drainer. Fermer la paroi en un plan au fil de bronze. Traiter les lésions du rectum sous-péritonéal s'il en existe d'associées.

2° *Lésions du rectum sous-péritonéal :*

A) *Simplees lésions muqueuses.*

Dilater l'anus, faire la toilette de la plaie. Ne rien suturer. Panser à plat. Constiper.

B) *Plaie intéressant toute l'épaisseur des parois sans irradier dans l'atmosphère celluleuse péri-ano-rectale.*

Ce cas limite paraît justiciable de la même attitude expectative.

C) *Plaie intéressant non seulement les parois rectales mais ouvrant plus ou moins largement les espaces cellulaires.*

1) *Traitement local.*

a) *Si le sphincter est rompu*, profiter de la vue étendue que l'on possède ainsi pour mettre à plat les lésions recto-anales et débrider tous les trajets.

b) *Si le sphincter est respecté*, ne pas le sectionner. Dilater. Débrider et nettoyer le mieux qu'on pourra.

Compenser la difficulté d'un drainage direct par un drainage latéro ou rétro-ano-rectal.

c) Dans tous les cas ne tenter aucune suture immédiate mais faire l'hémostase aussi soigneuse que possible.

2) *Dérivation des matières.*

Pratiquer *systématiquement* un anus iliaque gauche.

d) *Plaies recto-vésicales.*

1) *Si la lésion rectale siège au niveau du rectum péritonéal.* — Au cours de la laparotomie, nécessaire du fait des lésions péritonéales, pratiquer la suture vésicale. Sonde à demeure.

2) *Si la lésion rectale intéresse l'étage sous-péritonéal.* — Ne tenter aucune suture directe de la vessie. Faire une cystostomie. Si la brèche est très large les lésions rectales et périrectales très contuses, y adjoindre la colostomie de dérivation.

Si l'on hésite à pratiquer concurremment ces deux

opérations mieux vaut faire isolément la colostomie que la cystostomie seule.

E) *Séquelles.*

1) *Rupture du sphincter.* — Attendre la désinfection et l'assouplissement des tissus. Inciser circulairement sur la ligne ano-cutanée. Isoler le sphincter, en rechercher les deux extrémités, les suturer. Abaisser et suturer de la muqueuse saine.

2) *Fistules recto-vésicales.* — Quand elles ne se sont pas accompagnées de complications infectieuses précoces en liaison avec l'infiltration du tissu cellulaire, escompter leur fermeture spontanée.

VU : *Le Doyen,*
BALHAZARD.

VU : *Le Président,*
DELBET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 9 janv. 1907.
- BRAINE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 27 juin 1928.
- CADENAT. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 26 mai 1915.
- COURTY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 3 mai 1922.
- COUTEAUD. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 15 mars 1916.
- DELORME. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 30 janv. 1907.
- FAURE et RIEFFEL. — *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus).
- GOUVERNEUR. — *Thèse Paris*, 1919.
- JEAN. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921.
- LADET. — *Thèse Paris*, 1910.
- LAVAU. — *Bull. de la Soc. Médico-Chir. de l'Indochine*, mai 1929.
- LAURIOL. — *Revue Tunisienne des Sciences médicales*, novembre 1922.
- LEGUEU et GOUVERNEUR. — *Archives Urologiques de Necker Tomell*, fasc. 11.
- LENORMANT. — *Journal d'Urologie*, 1914, tome V.
- LEVEUF. — *Communication à la Soc. Médicale de l'Armée d'Orient*, 1917.
- MARBURY. — Traumatismes du rectum. *Journal American Medical Association*, 24 mai 1924.
- MOQUOT et FEY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 6 février 1918.

- C. DE NICOLA. — Plaie du rectum pénétrant dans l'abdomen (*Archives de la Conferencia de Médicos de l'hospital Ramos Méja* (Buenos-Ayres), t. X, n° 1).
- PAUCHET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 17 nov. 1909.
- POLILE. — Forme rare de blessure de rectum. *Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*, novembre 1929.
- QUÉNU. — *Revue de Chirurgie*, 1899 et 1900.
- QUÉNU et HARTMANN. — *Chirurgie du Rectum*, tome 1.
- REDI. — Trois nouveaux cas d'empalement du rectum. *Il Policlinica*, tome XXXI, fasc. 26, 30 juin 1924.
- REGOLI. — Plaies par empalement du rectum, contribution clinique et statistique. *Il Policlinica* (Sezione Chirurgica), tome 28, fasc. 33.
- RETZLOFF. — Perforation du gros intestin par rectoscope. *Muenschner medizinische Wochenschrift*, juillet 1912.
- RODEMAN. — Operation for laceration of the sphincter muscles. *Internat. clin. Philadelphie*, 1902.
- SCHMITT. — Perforation du rectum au cours d'une rectoscopie. *Muenschner medizinische Wochenschrift*, mai 1912.
- SIEUR. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 16 janv. 1907.
- TIERNY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1927.
-

